

Année 1971

N°

92

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'UNIVERSITE

par

Hadi REZVANI-KAKHKI

Né le 13 Août 1941 à MECHED (IRAN)

Présentée et soutenue publiquement le :

LES HERNIES INTERNES APRES
GASTRECTOMIE ET GASTRO-ENTEROSTOMIE :
A PROPOS DE TROIS OBSERVATIONS

Président : Monsieur Claude OLIVIER, Professeur

Année 1971

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'UNIVERSITE

par

Hadi REZVANI-KAKHKI

Né le 13 Août 1941 à MECHED (IRAN)

Présentée et soutenue publiquement le :

LES HERNIES INTERNES APRES GASTRECTOMIE ET GASTRO-ENTEROSTOMIE : A PROPOS DE TROIS OBSERVATIONS
--

Président : Monsieur Claude OLIVIER, Professeur

1800 1871

1871 1872

1872 1873

DOCTORAL IN MEDICINE

UNIVERSITY OF LEIDEN

1873

1873 1874

1874 1875

1875 1876

1876 1877

1877 1878



A Notre Maître,

Monsieur le Professeur Cl. OLIVIER
Professeur de clinique chirurgicale
Chirurgien de l'hôpital "Hôtel Dieu"
Membre de l'Académie de Médecine

Il a bien voulu nous suggérer le sujet
de cette thèse et en accepter la présidence.

Il est pour nous l'image du véritable
patron, aussi soucieux de l'intérêt des malades
de son service, que de l'enseignement de ses
élèves.

Qu'il trouve le témoignage de notre
grande admiration et de notre sincère attachement.

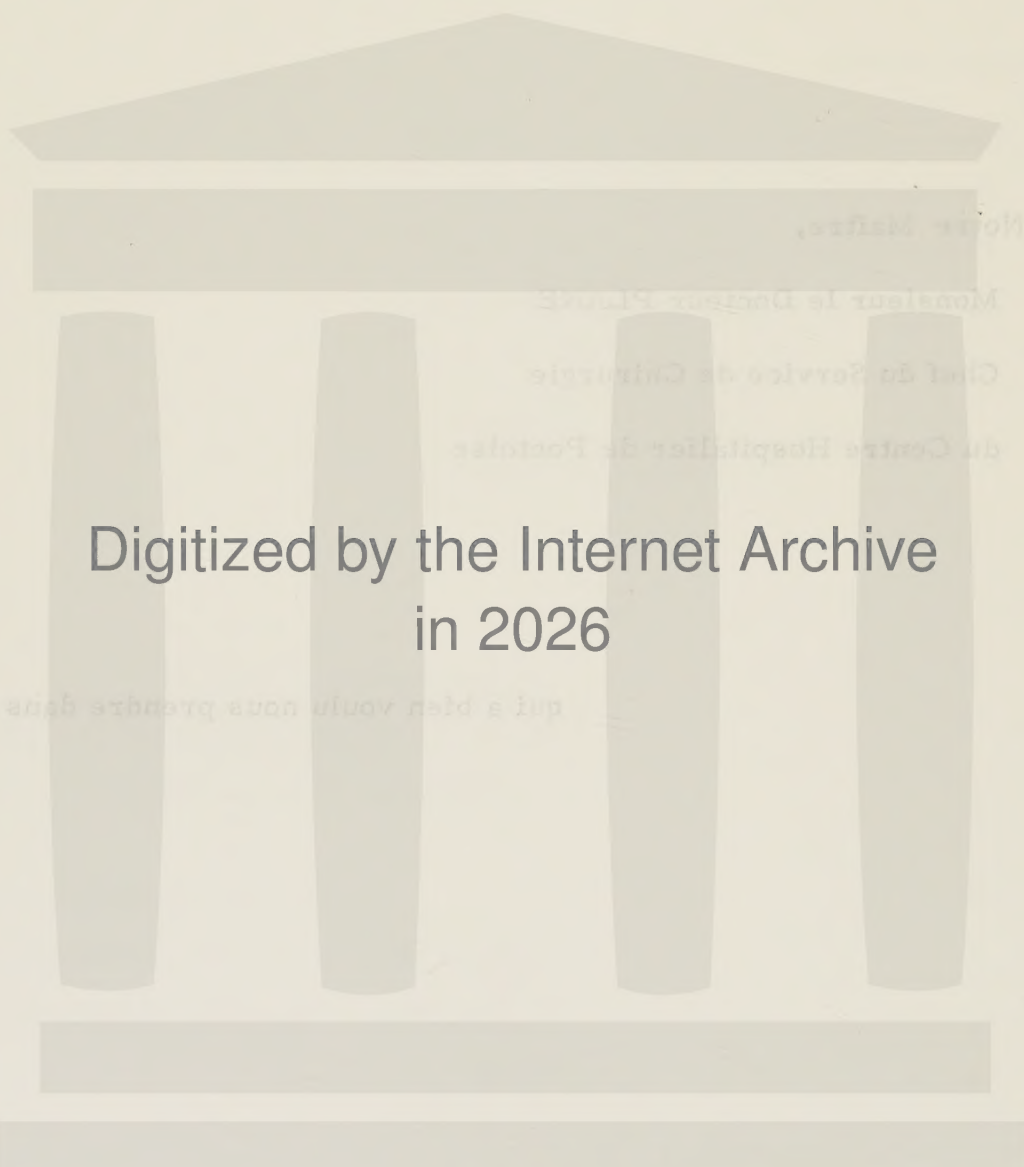
A Notre Maître,

Monsieur le Docteur PLANE

Chef du Service de Chirurgie

du Centre Hospitalier de Pontoise

qui a bien voulu nous prendre dans son Service.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550415_0011

A mes Parents,

A mes Frères et mes Soeurs,

A mes Amis,

Grâce au Docteur RETTORI qui m'a consacré,
plusieurs fois, un certain nombre d'heures pour corriger
cette thèse, je termine cette étude et espère qu'elle pourra
être utile aux personnes qui s'y intéressent.

INTRODUCTION

Les gastrectomies et les gastro-entérostomies peuvent être suivies, d'une façon précoce ou tardive, d'une série de complications.

Parmi celles-ci, l'occlusion intestinale apparaît :

- soit à la suite de brides adhérentielles pariétales ou viscérales,
- soit par le hiatus rétroanastomotique,
- soit par l'engagement des anses grêles dans la brèche mésocolique,
- soit dans l'orifice entre le méso et l'anastomose au pied de l'anse dans le cas d'anse longue montée en précolique,
- soit enfin, par invagination de l'anse afférente dans la bouche d'anastomose.

Ces accidents sont essentiellement différents :

- des iléus paralytiques,
- des dilatations aiguës de l'estomac,
- et des troubles en rapport avec un oedème de la bouche qui peuvent s'observer dans les suites immédiates de l'intervention.

Parmi les accidents occlusifs après gastrectomie et gastro-entérostomie, l'incarcération du grêle derrière une bouche d'anastomose gastrique, constitue une complication extrêmement rare. Beaucoup de chirurgiens n'en n'ont pas rencontré au cours d'une longue pratique ; peut-être aussi n'ont-ils pas toujours su les reconnaître.

Nous avons pu trouver un certain nombre d'observations d'étranglement du grêle après gastro-entéro-anastomose ou après gastrectomie soit dans la littérature française soit dans la littérature étrangère.

Cette complication pose un problème thérapeutique très défini. Reconnue à temps, on peut y parer et sauver la vie des malades. Il nous paraît donc extrêmement important d'attirer à nouveau l'attention sur elle de façon à pouvoir la traiter, quand, par malheur, on la rencontre.

A la clinique chirurgicale de notre Maître, le Professeur CL. OLIVIER, trois observations de ce type de complication ont été recueillies entre 1960 et 1970.

La première observation :

Monsieur P..., âgé de 67 ans, entre en urgence le 2 juin 1961, dans le Service du Professeur OLIVIER à Tenon, pour de violentes douleurs épigastriques, des vomissements, un arrêt des gaz durant depuis 8 heures.

D'emblée, le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë peut-être établi sur l'important météorisme préombilical sans ondulation préristaltique douloureuse à la palpation. Par ailleurs, le caecum est plat, le toucher rectal légèrement douloureux.

Les radiographies de l'abdomen sans préparation vont confirmer le diagnostic d'occlusion du grêle. Elles montrent de nombreux niveaux hydro-aériques du grêle dont deux volumineux sous ombilicaux, médians.

Il n'y a pas de dilatation colique. Les parois intestinales paraissent épaissies et il semble exister un épanchement intra-péritonéal.

L'interrogatoire retrouve l'orifice de deux cicatrices médianes, l'une sus, l'autre sous-ombilicale et le malade dit avoir été gastrectomisé pour ulcère en 1942 et réopéré au quinzième jour pour occlusion intestinale. Aucun renseignement plus précis ne peut être obtenu sur cette lithias digestive. Le malade n'a pas souffert depuis, mais n'a pu retravailler du fait d'une asthénie et d'un amaigrissement notables. Enfin, une hémiplégie partiellement régressive est venue aggraver son état général en 1959.

Après une mise en aspiration continue et une réanimation de quelques heures, rendue indispensable par l'état de choc constaté, le malade est pâle et déshydraté, légèrement cyanosé.

T.A. = 11/7

Numération globulaire 5.200.000 G.R.
9.600 G.B.

Hématocrite 50 %

Urée sanguine 0,55 g/litre

Glycémie 2,40 g/litre

Chlore 3,70 g ‰

Sodium 3,30 g ‰

Potassium 5,3 mEq/litre

Delta crioscopique 0°57

R.A. 48 volumes

Le malade est opéré à 21 heures soit 12 heures après le début des troubles.

C.R.O.

Médiane à cheval sur l'ombilic. Il existe un volvulus des 3/4 du grêle de 2 tours de spire horaires. La détorsion permet l'exploration de

.../...

la cavité abdominale. Après la libération de quelques adhérences, on se rend compte que tout le grêle volvulé est passé au travers d'une brèche formée par les deux pieds d'une anse longue montée en précolique lors de la gastrectomie et portant à sa base une anastomose jéjuno-jéjunale. Il s'agit de la deuxième anse grêle, anastomosée en isopéristaltique.

Le pourtour de l'orifice adhère intimement par des adhérences anciennes et fibreuses au pied du volvulus.

Libération des adhérences. Reposition du grêle hernié en place après avoir vérifié sa vitalité au sérum chaud. Fermeture de la brèche en 2 plans à la soie.

L'anastomose gastro-jéjunale paraît normale : elle n'est pas explorée plus avant, vu le feutrage des adhérences sus-mésocoliques. La dérivation jéjuno-jéjunale est, elle, parfaitement souple et saine.

Toilette péritonale (un demi-litre de liquide louche qui s'avérera stérile à la culture) ; un Penrose par contre-incision droite.

Fermeture plan par plan avec bourdonnets. Les suites opératoires sont simples : reprise du transit au 4ème jour. Le malade part en convalescence au 25ème jour en bon état.

Chez Monsieur P..., c'est au travers de la brèche formée par la jéjuno-jéjunostomie que se produit la hernie, puis le volvulus.

La quasi totalité du grêle participait à l'engagement et il est heureux que la vitalité n'en ait pas été compromise. Ces formes peuvent

aisément être prévenues par la fermeture de la brèche lors de la première intervention.

Deux points doivent encore être soulignés :

1) La parfaite tolérance à une jéjuno-jéjunostomie située à environ 20 cm sous l'anastomose gastrique. En effet, il n'existait chez Monsieur P..., aucune induration périanastomotique, aucun ulcère gastrique.

2) La difficulté opératoire du diagnostic exact des lésions, surtout en l'absence des compte-rendus opératoires des précédentes interventions. Ce n'est que la prudente libération des adhérences, la détorsion du volvulus, le déroulement progressif des anses qui peut permettre de faire le schéma du montage initial, et de la brèche causale permettant sa formation.

Celle-ci fut en effet très simple dans notre cas. Mais dans les hernies rétrécies rétro-anastomotiques précoliques, elle exige la fixation du moignon gastrique au péritoine pariétal postérieur, et plus bas celle du mésentère de la boucle jéjunale au méacolon et colon transverse.

Faut-il faire préventivement cette fixation lors de la gastrectomie initiale ? Autant la fermeture de la fente rétro-anastomotique, autant elle est classiquement négligée car relativement compliquée et inutile dans les anastomoses précoliques, vu la rareté des étranglements.

Notre observation ne va pas à l'encontre de ces règles chirurgicales classiques car elle concerne une hernie à travers une brèche au niveau d'une jéjuno-jéjunostomie associée.

Deuxième observation :

Monsieur G..., âgé de 29 ans, entre en urgence le 8 septembre 1964 dans le Service du Professeur OLIVIER à Tenon, pour un syndrome douloureux épigastrique, contracture (ulcère perforé).

Antécédents :

Les premiers troubles remontent à 1959, à l'âge de 15-16 ans. Nausées, vomissements, digestion difficile et douloureuse mais sans périodicité ni régularité ; calmée par des poudres.

En 1960, les douleurs s'individualisent très nettes : crampes post-prandiales tardives (3-4 heures après les repas).

- à irradiations ascendantes et latérales D et G
- nocturnes réveillant le malade
- s'accompagnant d'une sensation de striction abdominale et plénitude gastrique
- avec pyrosis important et régurgitation acqueuse parfois des vomissements alimentaires (rares) surtout acqueux
- les crises durant de 1 à 3 heures pendant 3 ou 4 jours sans répit
- puis arrêt d'une semaine à 3 mois ; il existe donc une périodicité irrégulière.

Le malade consulte. Des radios sont pratiquées le 29.11.60 qui montrent un ulcère bulbaire avec une déformation importante du bulbe sans tendance à la sténose pylorique. Les douleurs non ou peu calmées par la prise d'aliments ou de repas mais le malade reçoit des améliorations momentanées par les pansements gastriques et l'atropine. Les douleurs persistent par période jusqu'à ce jour.

.../...

Le malade est opéré trois heures et demi après son admission.
Pendant ce temps, l'aspiration n'avait rien donné.

C.R.O.

- Médiane sus-ombilicale
- Dès l'ouverture du péritoine, liquide blanc grisâtre dont l'exploration révèle l'issue au niveau du pylore, probablement sur la face antérieure du duodénum.

Perforation d'un diamètre de 1,5 cm aveuglée par un point en X en fil de soie séparés passant en zone saine sur la paroi gastrique.

Nettoyage de la cavité péritonéale.

Drain de Penrose sortant sur une contre-incision droite et dont l'extrémité interne est située au niveau de la suture de la perforation.

Fermeture de la paroi plan par plan :

- Nylon 1 sur péritoine en surjet
- Nylon 3 sur péritoine par points séparés en X
- Catgut sous cutané 00
- Nylon sur peau par points séparés.

A la suite opératoire, le malade se plaint des douleurs abdominales surtout après les repas, avec sensation de ballonnements. Ne vas à la selle qu'après lavement.

Sortie le 23 septembre 1964.

Réhospitalisation le 18.11.1965 pour des vomissements fréquents et ballonnement abdominal après chaque repas. Le malade souffre continuellement depuis quelques jours.

C.R.O.

Réintervention le 25.11.65

- Ulcère perforé suturé il y a 13 mois sous traitement médical développement de syndrome de sténose pylorique
- Médiante sus-ombilicale. La libération des adhérences
- La libération de l'estomac est un peu difficile à la face inférieure et postérieure de l'ulcère sur le versant duodénal du pylore
- Gastrectomie - Anastomose type Polya en un plan aux points séparés du nylon
- Péritonisation. Drainage par lame ondulée sous hépatique
- Paroi en 1 plan total Nylon 3
- Nylon sur peau

Bonnes suites opératoires jusqu'au 9ème jour

Le 4.12.65, syndrome de torsion. On décide à réintervenir d'urgence.

C.R.O.

Laparotomie d'urgence pour torsion.

- Incision sous costale
- Issue de liquide séro-fibrineux abondant ne contenant pas de bile
- La voie ne permet pas d'abord de vérifier l'anastomose gastro-jéjunale et oblige à l'agrandir par médiane
- Le moignon duodénal est sain, l'anastomose est bonne
- Liquide péritonéal remplissant toute la grande activité
- Le 3ème duodénum est dilaté et l'on retrouve les deux premières anses jéjunales au niveau de l'anastomose dans la brèche non accolée
- Fermeture de cette brèche par des points de soie en dedans et en dehors

- Toilette péritonéale
- Drainage par une lame de caoutchouc
- Fermeture en 3 plans sur l'incision costale, en un plan sur la médiane

Les suites opératoires sont bonnes.

Le malade sort le 17.12.65 en bon état général.

Aspiration maintenue 5 jours ayant donné anormalement le 4ème jour et encore le 5ème jour.

Dès qu'on a retiré l'aspiration : vomissements.

Remis en aspiration le 8ème jour. Opération le 9ème jour.

La reprise des gaz s'était fait normalement au 4ème jour mais pas de selles et le même jour, on avait retiré le drainage sous-hépatique. Toujours absence de selles les jours suivants et à partir du 7ème jour arrêt des gaz, ballonnement abdominal périombilical avec sensibilité à la palpation profonde, spécialement en dessus de l'ombilic. Rien à signaler au toucher rectal.

On s'est posé la question d'une pancréatite post-opératoire et surtout d'une fistulisation duodénale d'autant plus que défense épigastrique et 18.000 G.B.

Accentuation des signes malgré des clichés mal interprétés sauf peut-être profil en décubitus dorsal (images sériques multiples doublant la poche sérée et semblant bien correspondre au grêle étant donné que l'angle gauche ne peut donner qu'une seule image sérique simple ou double).

La décision de réintervention est prise le 9ème jour devant l'aggravation du syndrome occlusif. Essentiellement c'est devant le diagnostic d'occlusion post-opératoire précoce peut-être due en partie à un facteur infectieux (fistule duodénale partielle non canalisée vers l'extérieur du faite de l'ablation trop précoce du drain qu'on est intervenu.

Troisième observation :

Madame W..., âgée de 73 ans entre en urgence le 2 septembre 1965 dans le Service de Médecine à Tenon pour vomissements bilieux avec douleur de l'ensemble de l'abdomen prédominante à la F.I.D. avec barre épigastrique et syndrome sub-occlusif (peu de gaz, pas de selles spontanées).

A l'examen :

- Abdomen légèrement augmenté de volume de façon régulière.
A la palpation on retrouve un ventre ballonné, légèrement douloureux dans son ensemble avec un maximum au Mac Burney
- Fosses lombaires libres
- Pas de Murphy
- En aucun endroit, on ne note de défense vraie
- Météorisme généralisé
- Pas d'ascite
- Le toucher rectal ne montre rien de particulier, le doigtier revient avec des matières mêlées de Baryte.

Les radiographies de l'abdomen sans préparation montrent des niveaux liquides nombreux sur grêle et côlon.

Le lavement baryté injection du côlon dilaté dans son ensemble.

Les cholangiographies montrent peut-être un cholédoque augmenté de volume. La N.F.S. : 11.200 G.B. avec 74 neutro.

En conclusion, syndrome sub-occlusif légèrement fébril de cause non évidente.

Six jours après, passage en chirurgie.

Admission en Chirurgie le 8 septembre 1965 dans le Service du Professeur OLIVIER pour un syndrome sub-occlusif durant depuis 8 jours.

L'interrogatoire retrouve l'origine de deux cicatrices médianes. L'une sus, l'autre sous ombilicale et le malade dit avoir été opérée (gastro-entérostomie) pour un ulcère en 1921 et en 1957 pour une hystéropexie.

Conclusion : syndrome sub-occlusif, tableau incomplet :

- Arrêt des matières et des gaz depuis 8 jours
- Abdomen volumineux symétrique douloureux, plus spécialement au niveau de la F.I.D.
- On évoque une appendicite sub-occlusive devant la persistance de la douleur de la F.I.D. et qui est retrouvée dans le cul de sac droit en T.V.

Le malade est opérée le 13 septembre 1965 soit 5 jours après son admission en chirurgie.

C.R.O.

Mac Burney. L'appendice est réduit à un cordon scléreux, blanchâtre, entouré d'adhérences. Ectomie, enfouissement.

Le contrôle de la terminaison du grêle montre qu'il s'engage dans un anneau du méso-côlon transverse. Il est indispensable pour préciser la topographie des lésions de pratiquer une courte médiane à cheval sur

l'ombilic. Les 2/3 du grêle se sont engagés à travers le méso-côlon transverse, dans une brèche fixant en avant la gastro-entérostomie transmésocolique.

Le ligament mésocolique était resté ouvert et le grêle engagé s'est rabattu autour du côlon transverse.

Il n'y avait aucun signe d'occlusion.

- fermeture de la brèche mésocolique après réduction de l'engagement et fixation de l'estomac
- fermeture également de la brèche du ligament mésocolique
- fermeture pariétale au nylon.

Les suites opératoires ont été normales.

La malade sort le 30 septembre 1965.

HISTORIQUE

L'hiatus rétro-anastomotique isolé depuis longtemps parmi les accidents mécaniques de la gastro-entérotomie.

Décrit pour la première fois par BUDDER en 1897, il a fait l'objet d'une étude minutieuse de PETERSEN en 1900. La "hernie de Petersen" (auteurs anglo-saxons et Allemands), n'a suscité qu'un intérêt très relatif jusqu'en 1932 où HIMMELMAN en réunit 36 cas. MORIBOND, SALMONET, BOUILLON 1938 en rapportent 7 nouvelles observations dont une personnelle. LOCHARD étudie dans sa thèse en 1947, les problèmes étiologiques et pathogéniques, de cette complication et, à partir de 20 observations personnelles, fait une revue générale de 60 cas parus dans la littérature.

L'incarcération rétro-anastomotique du grêle est apparue longtemps comme le privilège presque exclusif de la gastro-entérostomie et très rares ont été jusqu'à ces dernières années les cas observés après gastrectomie.

Dans la statistique de LOCHARD, cette étiologie n'est en effet relevée que 10 fois.

Depuis une dizaine d'années cependant, plusieurs observations nouvelles ont été rapportées, établissant de façon nette la possibilité des étranglements rétro-anastomotique après gastrectomie. OULIE (1942), BARRAGA (Thèse de Melle Portes en 1945), GRIMONT, ENJALHERT et FICAT (1946), PARTY (1947) en observent chacun un cas. En 1947, l'observation de BREBANT à

l'académie de Chirurgie ouvre un débat au cours duquel BANZET fait état d'un cas personnel. La même année, CADENAT rapporte à la même tribune un nouveau cas observé par JOUANNEAU. En 1948, VERBAGUE puis OMEZ, CORBEAU et CORNERT en France, Mac ALLISTER aux U.S.A. en décrivent 3 nouvelles observations. En 1949, BORSATO, puis MASSAHUAN, COURTY, BISCAYE et MARCHAL décrivent les 2 cas les plus récents.

LA LITTERATURE ET LES OBSERVATIONS

Nos recherches nous ont permis de retrouver 37 observations de H.R.A. après gastrectomie et gastro-entérostomie.

Publiée dans la littérature, il en existe certainement plus d'une dizaine que nous n'avons pu consulter et dont nous ne pourrions nous servir dans cette analyse.

WERREN a pu suivre 120 malades gastrectomisés par (anastomose précolique) et signalé trois occlusions post-opératoires par H.R.A.

HIHPRISS sur 130 gastrectomies de ce type en rapporte trois.

On peut admettre que la fréquence des H.R.A. est de 2,4 % dans ce type de rétablissement de la continuité.

Pour DUBARD, de Dijon (Bourgogne médicale Décembre 1939) trois cas sur 320 opérations gastriques soit un peu moins de 1 % des opérés.

Dès 1954, STAWNERE étudiant 15 cas d'occlusion du grêle après gastrectomie précolique pouvait décrire trois type de H.I.

1 - Anse efférente passant en avant de gauche à droite puis de droite à gauche à travers l'orifice R.A.

2 - Anse afférente passant directement de gauche à droite derrière l'afférente

.../...

3 - Anse afférente longue passant de droite à gauche derrière l'anastomose.

A ces trois types classiques nous pourrions ajouter :

4 - Etranglement de l'anse afférente passant à gauche derrière l'anastomose, celle-ci ayant été pratiquée anse afférente à grande courbure.

5 - Etranglement d'une ou plusieurs anses grêles :

- soit après hernie par l'orifice créé par l'orifice rétro-anastomotique
- soit après hernie par l'orifice créé par la jéjuno-jéjunostomie aux pieds de l'anse.

Par ailleurs, la hernie étranglée de l'anse efférente intéresse souvent la majeure partie du grêle qui a suivie cette anse dans la hernie.

Sur les 37 cas revus par nous :

- 17 intéressent l'anse afférente
- 11 intéressent l'anse efférente
- 9 intéressent le grêle intestinal.

RAPPEL ANATOMIQUE

Lorsqu'on pratique une anastomose entre l'intestin grêle et l'estomac, on va saisir la première anse jéjunale à quelques cm de l'angle de Treitz, et on la hisse jusqu'au contact de l'estomac auquel on l'anastomose. Il en résulte que cette anse qui était primitivement flottante dans l'abdomen, reliée simplement au plan postérieur par le mésentère, va se trouver fixée en deux points, au niveau de l'angle de Treitz d'une part, et au niveau de la bouche d'autre part.

Cette anse que l'on vient de remonter au dessus du point fixe constitué par l'angle de Treitz, détermine avec la colonne vertébrale un orifice de dimension variable dans lequel les anses grêles vont pouvoir s'introduire et s'étrangler.

Cet orifice est limité en bas par l'angle de Treitz, en avant par l'anse afférente anastomosée, en arrière par la colonne vertébrale avec les éléments immédiatement prévertébraux et en haut par le mésocolon transverse. Les dimensions de cet orifice sont variables suivant la longueur de l'anse afférente, et suivant le type d'anastomose réalisée.

Il est certain que si on anastomose directement l'angle de Treitz à l'estomac, on réduit au minimum les dimensions de cet orifice. Si, au contraire, on prend une anse de 20 à 25 cm de long, on crée un orifice d'un diamètre important.

.../...

Il est certain, d'autre part, que lorsqu'on réalise une anastomose trans-mésocolique on détermine un orifice moins important que lorsqu'on réalise une anastomose pré-colique antérieure, qui ramène une anse grêle assez longue au devant du côlon pour aborder l'estomac.

Dans les anastomoses pré-coliques, le côlon transverse divise l'orifice en deux étapes, et les anses grêles en s'étranglant, suivent la voie réservée au côlon transverse. L'orientation de l'orifice paraît assez variable, suivant que la bouche anastomotique est à droite ou située au contraire très à gauche.

Les dimensions de cet orifice varient aussi suivant l'état de plénitude ou de vacuité de l'estomac et dans les anastomoses pré-coliques suivant l'état de réplétion du côlon transverse.

PHYSIO-PATHOLOGIE

Pourquoi les anses grêles s'engagent-elles ou peuvent-elles s'engager dans l'orifice qui se trouve constitué derrière une anse d'anastomose gastrique ?

D'après le principe général qui veut que les anses mobiles ou présentant tout au moins une certaine mobilité ont la fâcheuse tendance à s'introduire dans tous les orifices qui se présentent, qu'il s'agisse de sac de hernie, qu'il s'agisse d'un orifice au voisinage d'une anse fixée à la peau pour réaliser un anus ou dans l'orifice laissé libre entre la paroi ou le ligament rond après suspension à la Doléris, qu'il s'agisse d'orifice à travers un méso ou l'épiploon, on peut dire que dans l'anatomie normale, il existe un orifice naturel analogue un peu à celui dont nous étudions aujourd'hui la pathologie et dans lequel les anses grêles s'étranglent aussi parfois, c'est le hiatus de Winslow qui mène dans l'arrière cavité des épiploons. Même si cet orifice du seul fait de son existence est une raison suffisante pour expliquer la possibilité d'étranglement, certains auteurs ont fait allusion à des causes prédisposantes que nous allons citer en rappel historique.

Ce sont celles qui favorisent le brassage des anses, il en est une, sur laquelle a insisté Philippe Rochet à la société de Chirurgie de Lyon en janvier 1939, que l'on constate parfois en fin d'opération lorsqu'on a une mauvaise anesthésie, que le malade pousse, se débat, et que l'on a beaucoup de peine à fermer la paroi abdominale. A la même séance de la société de Chirurgie, DOUIS et SANTZ ont insisté au contraire sur les

dispositions favorables à l'étranglement que pourraient constituer certaines orientations particulières données à l'anse afférente par mégarde, au cours d'une intervention : soit que le simple fait de retirer le champs de protection situé au-dessous de l'anastomose de D. à G. brusquement en terminant une gastro-puise attirer l'anse afférente directement dans le hiatus, soit comme le faisait remarquer le Dr DENIS, que cette anse afférente se trouve engagée par mégarde par le Chirurgien lors de la Constitution de la gastro-jéjunostomie en particulier dans les gastro au bouton où le chirurgien est préoccupé avant tout de compter exactement les deux pièces du bouton de JABOULAY, en tenant l'intestin grêle de telle sorte que cette coaptation se fasse bien, généralement sans se préoccuper outre mesure de la position exacte de l'anse afférente qui peut se trouver regarder directement en arrière et avoir une situation et une orientation qui la prédispose à s'engager dans l'orifice postérieur. SANTZ est persuadé que les accidents sont dus la plupart du temps à des fautes de techniques opératoires qui orientent l'anse afférente en arrière et en situation défectueuse. Il insiste sur le fait qu'il attache une certaine importance à vérifier en fin d'intervention l'orientation de l'anse afférente et qu'il a renoncé pour ce faire aux petites incisions que pratiquait Mr DELORE, le Dr DENIS (S Chirurgien Lyon 69) pense que moins on brasse les anses, et moins on les manipule, plus on a de chance de n'avoir pas de mal-position.

Aussi, préfère-t-il des anastomoses toutes les fois que cela est possible sans extérioriser le côlon, mais, en passant de l'étage sus-mésocolique dans l'étage sous-mésocolique, à travers le mésocôlon, ce qui permet suivant la technique de Mr BERGERET de tomber directement sur l'angle de TREITZ et d'amener la première anse jéjunale au contact de l'estomac.

Quant aux défauts techniques qui conditionnent l'engagement des anses intestinales dans l'étage sus-mésocolique et au-delà dans l'espace rétro-gastrique à travers la fente rétro-sus-mésocolique, celui-ci tient à une suture défectueusement exécutée de la marge droite de la brèche mésocolique au moignon gastrique.

Pour OLIVIER, à ce défaut de technique certains chirurgiens sont d'avis de renoncer purement et simplement à la suture de ces marges au moignon gastrique.

Il est certain que les anses intestinales peuvent alors s'engager facilement par la brèche non suturée dans l'étage sous-mésocolique mais avec la même aisance, elles peuvent revenir ensuite à leur place sans qu'il y ait cependant de phénomènes occlusifs.

En effet, le danger d'étranglement survient surtout là où existent des orifices étroits et de nature plutôt fibreuse, néanmoins, même par une brèche d'une telle largeur, certains auteurs ont vu se produire un syndrome occlusif après gastrectomie.

On considère, par conséquent, utile et même obligatoire la suture de marge de la brèche mésocolique aux parois gastriques.

Il faut toutefois faire très attention et l'effectuer avec grand soin.

SYMPTOMATOLOGIE DE L'ETRANGLEMENT DU GRELE
DANS LES BRECHES, AU VOISINAGE DES BOUCHES
DES GASTRO-ENTERO-ANASTOMOSES

Les symptômes de l'étranglement du grêle apparaissent dans un temps variable après l'anastomose. Ce temps peut varier de quelques jours à plusieurs années, tels les cas rapportés par BARITT : 2 jours, PALNEL : 5 jours, DUHAR : 15 jours, BOUILLON : 2 mois, STEDEN : 9 mois, KEEN : 2 ans, HOFFMANN : 6 ans, ARMITAGE : 13 ans, une de nos observations : 19 ans.

Les symptômes de l'étranglement ne sont pas toujours dramatiques. Il est probable qu'il existe une forme chronique d'étranglement du grêle qui peut se manifester chez un ancien gastro-entérostomisé, simplement par des périodes de troubles dyspeptiques douloureux accompagnées de vomissements et de douleurs passagères après les repas. Ces troubles essentiellement capricieux et variables sont rarement rapportés à leur origine, ils finissent le plus souvent par céder spontanément, à moins qu'ils ne se transforment brusquement dans la forme aiguë classique que nous allons étudier.

Forme aiguë :

Elle est essentiellement caractérisée par une douleur violente, siège épigastrique ou para ombilical, rapidement diffusée dans tout l'abdomen, et durant un temps variable, mais quelques instants seulement suivie parfois de sueurs froides, d'angoisse, d'agitation, et immédiatement de vomissements alimentaires ou bilieux.

Lorsque le malade est nu, à cette période, le ventre apparaît sensible à la pression, tendu, mais sans symptômes pathognomoniques permettant de faire un diagnostic précis.

Le plus souvent, cette douleur violente qui arrachait des cris au malade a cessé spontanément avant l'arrivée du médecin. Le malade ne se sent pas trop mal, quoiqu'il présente encore l'angoisse du drame interne qu'il a ressenti.

C'est la période d'accalmie qui va durer quelques heures, pour être suivie ensuite de nouvelles périodes douloureuses aiguës et surtout de vomissements.

Mais ces vomissements vont prendre un caractère particulier : ils sont un peu jaunes, plus fades, déjà poracés.

L'examen du ventre à ce moment, ne révèle pas grand chose, un peu de sensibilité para ombilicale, simplement à la pression forte.

On peut chez les gens maigres, et avec un peu de chance, percevoir des ondes péristaltiques. Ces ondes devront être recherchées avec soin.

Mais, il faut bien reconnaître que la symptomatologie au début est peu caractéristique et qu'il ne faut pas compter sur son apparition pour faire le diagnostic.

L'évolution va se faire par à coups (quoiqu'elle puisse être parfois continue, les vomissements continuent sans interruption avec leur caractère particulier entraînant le chirurgien à intervenir rapidement).

Le malade se sent mieux, il ne souffre plus, il reprend meilleur aspect, Les vomissements se calment pour laisser simplement place à un état nauséux.

Si on voit alors le malade pendant cette période, on ne trouve aucun symptôme objectif à l'examen si ce n'est un peu de sensibilité para-ombilicale, et si on n'attache pas au symptôme que vient de présenter le malade, et dont il nous rapporte les péripéties, c'est-à-dire à l'intensité des douleurs et la répétition des vomissements, l'importance qu'il mérite, on ne peut faire le diagnostic et on perd un temps précieux avant d'intervenir.

Au bout d'un temps variable, une nuit, un jour, les vomissements vont réapparaître de nouveau avec leurs caractères particuliers. Le malade va présenter des douleurs diffuses profondes, importantes, et on pourra percevoir alors des ondes péristaltiques qui forceront à intervenir mais généralement trop tard.

- le faciès est déjà altéré, la langue sèche, le pouls misérable, la tension basse, les urines rares. Il existe déjà des symptômes d'intoxication, comme dans toutes les occlusions du grêle, c'est-à-dire que le pronostic est réservé.

En éliminant une dilatation aiguë gastrique post-opératoire, il est licite d'intervenir et c'est à ventre ouvert qu'on fera le diagnostic différentiel.

La laparotomie médiane réalisée sous anesthésie générale montrera, en général, des anses plus ou moins distendues, et surtout de calibre différent.

La situation générale des anses peut-être intéressante à apprécier. On peut avoir l'impression que la masse du grêle était placée à droite ou à gauche, de l'abdomen, ce qui est déjà une indication.

Mais, cherchons entre les anses grêles la cause de l'occlusion et relevons le mésocôlon transverse. On va trouver généralement une anse grêle verticale d'une dizaine de cm de long qui apparaît dilatée, qui semble sortir en arrière et en bas, derrière la racine du mésocôlon transverse, du mésentère, et dont l'extrémité supérieure est fixée ou semble fixée au mésocôlon transverse. Cette anse qui semble isolée et n'avoir ni origine ni terminaison est en réalité l'anse afférente de l'anastomose. Elle s'étend de l'angle de TREITZ fixé à l'estomac, et c'est derrière cette anse que se sont engagées les autres grêles.

A première vue, on ne conçoit pas bien comment les anses se sont engagées derrière cette anastomose, si elles sont passées de droite à gauche ou de gauche à droite, et dans quel sens il faut les désenclaver pour désétrangler ces anses intestinales. Il faut toujours leur faire faire le chemin inverse, en passant derrière l'anse dilatée.

Il convient de remarquer que l'étranglement est en somme un étranglement double, en ce sens que si on imagine que le 1er mètre du grêle s'est engagé dans l'orifice en réalisant une boucle, l'occlusion siège à la fois à l'entrée et à la sortie de la boucle c'est-à-dire à l'origine du grêle et à un mètre plus bas.

Le segment qui ne sera pas encore entré dans la boucle pourra donc être dilaté, le segment compris dans la boucle pourra être aussi dilaté,

et la dilation respective de ces différents segments sera variable d'un moment à l'autre, surtout l'intensité de la compression.

On conçoit très bien d'après ces constatations que les symptômes cliniques soient si variés, et surtout que l'évolution soit si irrégulière. Il y a dans cet étranglement des moments d'accalmie, et des moments où sous l'influence d'une progression un peu plus en avant de l'étranglement la sous compression peut céder un peu et les symptômes s'amander.

Il est certain que lorsque la presque totalité du grêle s'engage à travers le hiatus, l'engagement ne se fait pas d'un seul coup mais par à coups et, à chaque coup correspond une phase clinique d'aggravation ou d'amélioration des symptômes d'obstruction, qui donnent à cette occlusion un type particulier d'occlusions à éclipse qui la rapproche un peu du type intermittent de l'occlusion par iléus biliaire.

Quoiqu'il en soit, cet accident est donc généralement un accident relativement aigu, et strictement mécanique. On ne trouve ni bride, ni péri-gastrite, ni symptomatologie de péritonite localisée et, lorsqu'on désenclave, il n'y a pas à proprement parler de collet d'étranglement.

DIAGNOSTIC

Les vomissements fréquents bilieux ou clairs, l'absence de bile doit d'emblé faire évoquer le diagnostic d'occlusion de l'anse afférente.

Le cas le plus intéressant est celui de Pampri. Un an après une gastrectomie précolique ce malade présente des douleurs épigastriques à irradiation dorsale, des vomissements dans une masse abdominale. L'aspiration gastrique ne ramène d'abord pas de bile puis à plusieurs reprises, la masse disparaît en même temps que le liquide se teinte. Dans l'intervalle le liquide redevient clair, la masse se reforme.

Il s'agissait d'une hernie de l'anse afférente très dilatée ayant entraînée une rotation de l'estomac. L'occlusion de l'anse était cependant incomplète.

La réduction et une jéjuno-jéjunostomie aux pieds de l'anse entraînent la guérison.

Les autres signes d'occlusions intestinales aiguës (arrêt du transit, niveaux liquides à la radio) manquent bien souvent. Le choc volontier précoce intense avec collapsus, l'existence d'une amylasémie élevée ont fait porter 3 fois le diagnostic initial de pancréatite aiguë.

Le malade de Berry est traité médicalement pendant 5 jours. L'intervention ne trouve alors qu'une occlusion sur bride de la dernière anse grêle et une pancréatite oedémateuse. Ce n'est que l'examen post-mortuaire 48 h. plus tard qui découvre l'hernie étranglée de l'anse afférente, gangrénée sur 10 cm avec une énorme dilatation du duodénum.

C'est 34 ans après la gastrectomie qu'une malade de Hiss et Coll présente un tableau de F.A.H. typique avec amylasémie à 650 puis 1020 Mg %. Décédée avant toute intervention, l'examen nécrologique découvre une hernie étranglée de l'anse éfférente avec une importante dilatation par compression de D1 et D2 et une pancréatite oedémateuse.

Dans ces deux derniers cas le pancréas paraissait microscopiquement atteint.

Par contre, les deux malades de Dahlgren et Thoren, le deuxième malade de Riestran, le malade de Pampari quoiqu'ayant une amylasémie très élevée, semblaient avoir à l'intervention un pancréas normal.

Il est intéressant de noter que sur ces 6 cas se présentant comme P.A.H. il y a 5 étranglements de l'anse afférente avec une volumineuse dilatation duodénale rétrograde. Celle-ci également dans un autre cas (compression extrinsèque de l'angle par l'anse éfférente herniée).

La rétention pancréatique (Hinshaw) et quand elle persiste peut entraîner une dilatation cholédocienne avec inctère par rétention.

Si le diagnostic pré-opératoire d'occlusion intestinale aiguë est souvent difficile à affirmer, opératoirement la nature exacte des lésions est rarement évidente d'emblée.

Sur toutes les interventions pratiquées deux fois le diagnostic opératoire n'a pu être fait et seule l'autopsie à confirmer les lésions.

.../...

A l'ouverture l'aspect est troublant, ressemblant à une rotation ou un volvulus de l'anastomose. Il est souvent nécessaire de réduire l'hernie avant de faire le diagnostic exact. Cette réduction n'est pas toujours possible du fait des adhérences contractées par l'anse herniée de sa réalulité (parois distendues souvent aminciées et violacées) à un stade de plus, la gangrène avec la perforation qui nécessitent une résection.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

DILATATION AIGUE GASTRIQUE :

Le debut en est brutal, avec une douleur épigastrique violente, sourde et continue, un état de choc brutal, et rapidement des vomissements abondants, un ballonnement sus-ombilical considérable se développe, et une cligurie peut s'intaller. Le diagnostic est aidé par une radio de l'abdomen sans préparation debout, qui montre une grisaille diffuse avec large niveau liquide haut placé, représente l'estomac dilaté et gorgé.

Le propre de ce type d'accident fonctionnel est de céder rapidement au traitement symptomatique : aspiration antispasmodique, compensation hydroélectrolytique, car la déshydratation et les pertes en CL, Na et K, surtout l'hypokaliémie, entretiennent l'atonie digestive.

Mais, si l'aspiration continue à amener des quantités croissantes de liquide pouvant atteindre ou dépasser 3l/24 h. la réanimation la mieux conduite se trouve en défaut, et il ne faut pas se reposer trop facilement sur le diagnostic d'atonie, mais suspecter un obstacle mécanique et réintervenir.

A côté de l'atonie du moignon gastrique, il est classique d'évoquer l'oedème de la bouche anastomique, ce qui a apporté des arguments en faveur de l'anastomose type Folja, mais il est difficile de prouver l'existence d'un oedème suffisamment important pour constituer un véritable obstacle sur une bouche gastro-jéjunale correctement exécuté, type Finsterer de 6 cm de diamètre dont la direction se rapproche le plus de la verticale.

En effet, la bouche effective ne peut-être plus large que le plus large diamètre de l'anse afférente, et on peut espérer alléger la rétention gastrique en élargissant l'anastomose gastro-jéjunale.

Par contre, dans la gastrectomie avec anastomose gastro-duodénale du type Péan, l'œdème peut être gênant, car la largeur de l'anastomose est limitée par le calibre duodéal.

Il faut de même entre une intervention importante de la muqueuse ou à portion l'anastomose en plusieurs plans qui peuvent contribuer à l'obstruction.

Il n'est pas rare d'ailleurs, même en réalisant des sutures en un plan à points séparés d'être obligé de maintenir l'aspiration plusieurs jours.

Le criculus niciosus est caractérisé anatomiquement par le fait que les aliments, les sucs digestifs, se refusent à emprunter l'anse afférente de la gastro.

Les liquides ingérés s'accumulent dans l'estomac, les sucs biliaires et pancréatiques se déversent dans l'estomac. Ce refus est dû à des causes variables :

- Amputation de l'anse au niveau de l'anastomose et de l'éperon mésentérique qui en résulte.
- La torsion à gauche de l'anse afférente attirée par la racine mésentérique qui avait été amenée à droite, à la suite de torsion, et avait repris sa place secondairement, d'où Alamartine conclut que la torsion à droite de l'anse afférente est une manœuvre à déconseiller et à éviter.

La fixation gastrique doit se faire non pas sur l'anse éfférente, mais sur l'anse afférente.

A signaler que Mayof dans les annales de Chirurgie en 1906, conclu aussi à l'inopportunité de la torsion de l'anse destinée à réaliser une anastomose iso-péristaltique. Mais ces théories mécaniques n'expliquent pas tout : Delore et Cregssel (revue de Chirurgie 1925) ont rapporté deux cas où les bouches anastomotiques étaient anastomotiquement parfaites, et où il existait pourtant un symptôme niciosus.

Richard et Tuffie ont noté des lésions inflammatoires au siège de la bouche, Rochet et Colosson ont fait les mêmes constatations et, Delore insiste beaucoup sur les phénomènes inflammatoires de péritonite localisée qui sont opposés au traitement de l'anastomose. Delore et Brun, dans la revue de Chirurgie 1933, ont insisté à nouveau sur les phénomènes infectieux qui commandent le circulus niciosus, et ont montré qu'il ne s'agissait pas simplement d'une infection qui touchait toutes les tuniques de l'estomac qui participaient au processus oedémataux et infectieux.

Cet oedème inflammatoire pouvant obturer la bouche de gastro-entéro-anastomose, la sécrétion duodénale remontant alors par le pylore perméable.

Le système du circulus niosus a été décrit par Bilhroth et consiste essentiellement en grands vomissements bilieux incoercibles, survenant du 4ème jour au 10ème jour. Ils ne s'accompagnent pas de douleurs aiguës spontanées, ils ne cèdent pas au lavage gastrique. L'abdomen est toujours sensible à la pression, il n'y a pas généralement de fièvre, l'état général ne tarde pas à décliner et le malade meurt si on ne réintervient pas, par jéjuno-jéjunostomie.

Les symptômes du circulus niosus et de la dilatation aiguë post-opératoire sont en somme très voisins des accidents par dilatation mais plus précoces : l'estomac n'est ni sensible, ni siège d'ondes mais, chez un individu à paroi abdominale épaisse, ces nuances symptomatiques sont difficiles à percevoir.

C'est surtout l'évolution qui doit faire le diagnostic car seule la dilatation aiguë cède au traitement médical.

INVAGINATION POST-OPERATOIRE DU GRELE DANS L'ESTOMAC :

Elle peut revêtir deux formes :

Une bien classique décrite, par Guttman, essentiellement caractérisée par une série de troubles dyspeptiques avec mauvais fonctionnement de la bouche avec symptômes radio particuliers et une forme aiguë caractérisée anatomiquement par l'invagination d'un segment jéjunale à l'intérieur de l'estomac, créant à la fois une sténose de la bouche et une occlusion haute du grêle. Le segment d'invagination intra-gastrique s'altère et est le siège d'hémorragies.

Les symptômes de cet accident peuvent apparaître longtemps après la gastro d'origine. Kopp (Lyon - Chirurgie 1925) rapporte une série de 14 cas d'invagination avec les intervalles suivants : 1 an, 4 ans, 13 ans, 10 mois, 9 mois, 10 ans, 5 ans, 11 ans, 10 ans, 16 ans, 5 ans, 14 ans, mais les accidents peuvent être plus précoces. Wytler rapportait une invagination survenue au 6ème jour après (Schweizer médecine - Wochens R T chirurgie 1924). Chartier (chirurgie 1932) rapportait un accident survenu le 15ème mois après la gastro-entéro-anastomose. Cuelette (Paris 1925) en rapporte 16 cas s'échelonnant de 5 à 15 ans après la gastro-entéro-anastomose. La statistique la plus importante est due à Scheader et Pickford qui en 1928 dans les annales de chirurgie rapportent 24 cas d'invagination.

Ces symptômes sont caractérisés par une douleur abdominale subite très violente, survenant dans l'étage sus mésocolique et delà, devenant assez diffuse avec radiation dorsale, suivie immédiatement de vomissements alimentaires puis bilieux, puis hémorragiques.

L'examen du malade à ce moment est négatif ; on peut percevoir toutefois une douleur périombilicale, avec un peu d'empatement à son niveau, mais il faut avoir à faire à des sujets très maigres. Très rapidement l'E.G. s'altère, et le malade succombe et on n'intervient pas, avec des phénomènes de collapsus et de toxémie.

Nous insistons sur un symptôme très important car il oriente le diagnostic du côté de l'invagination. Il s'agit du vomissement sanguin. Ce vomissement a été constaté 6 fois sur 16. Il s'agit pas de sang pur, rouge, mais de sang mélangé aux aliments, ou aux éléments vomis.

L'évolution se fait fatalement vers la mort si on n'intervient pas rapidement, puis pratiquer une désinvagination ou une résection de l'anse, invagination ou une résection de l'anse invaginée, suivie de suture bout à bout, et d'une nouvelle anastomose.

Pronostic réservé puisque Kopp signale que ces interventions ont été suivies de mort, 6 fois sur 14. Il s'agit d'une série d'accident particulièrement grave et dramatique.

L'ETRANGLEMENT DU GRELE A TRAVERS LA BRECHE DU MESOCOLON :

Le diagnostic de l'étranglement du grêle repose essentiellement sur le fait qu'après une anastomose gastrique survient brusquement une douleur aiguë, suivie de vomissements qui perdent leur caractère bilieux pour devenir puracés.

Ces deux symptômes, quelque soit les heures d'accalmie qui suivent l'apparition, doivent orienter de façon formelle le diagnostic vers l'occlusion aiguë du grêle, vraisemblablement par étranglement du grêle derrière l'anse de gastro-entéro-anastomose.

Diagnostic d'autant plus formel que l'onde péristaltique aura pu être remarquée.

Le diagnostic différentiel se pose très différemment suivant que les accidents constatés apparaissent très peu de jours après l'anastomose, ou au contraire dans les années qui suivent cette intervention.

Dans le premier cas, le malade avait tout vomit. S'agissait-il d'un *circulus viciosus*, d'une dilatation aiguë post-opératoire, d'une invagination du grêle ou d'un étranglement ?

C'est là qu'il faut attacher aux symptômes (douleurs) l'importance primordiale qu'ils présentent.

En présence d'un accident post-opératoire ayant eu une phase douloureuse aiguë, même transitoire, on doit éliminer, la dilatation aiguë post-opératoire et le *circulus viciosus*.

La douleur doit faire penser à un accident mécanique du type inva-

Ces complications nécessitent l'opération, mais s'il est facile de réintervenir en période aiguë, il est plus difficile de se décider en période d'accalmie. Il faut se représenter clairement la situation pour arriver à se décider à réintervenir chez un malade souvent fatigué. Ceci explique que dans la plupart des observations, les réinterventions aient lieu trop tard, mais peut-être aussi l'absence de notions théoriques très précises influent-elles sur les retards opératoires.

En tous cas, l'importance des symptômes (douleurs) avec vomissements suspects, contribuent à orienter le chirurgien vers un diagnostic qui lui dictera sa ligne de conduite.

Dans la seconde variété, lorsque l'accident survient tardivement, le diagnostic peut se poser plusieurs fois après la première intervention. Dans ce cas là, les grandes coliques abdominales s'élimèneront, la colique hépatique par son siège à droite et ses irradiations scapulaires, la perforation gastrique ou intestinale ou la pancréatite par la réaction péritonéale immédiate qui les accompagne et qu'on ne trouve pas dans l'étranglement, la douleur et les vomissements devront poser le diagnostic d'occlusion du grêle et la moindre rémission dans les symptômes, jointe à la rétraction du ventre et à l'absence d'onde intestinale pourra faire le diagnostic précis, si on songe à l'étranglement du grêle derrière une anse de gastro, car c'est encore une fois ces deux symptômes qui constituent la caractéristique de cette complication.

L'invagination aiguë se différenciera par l'absence des vomissements poracés et la présence de vomissements sanglants. L'iléus biliaire ressemble, par ses accidents à éclipse, à l'étranglement qui nous occupe. On y pensera devant les antécédents du malade.

LE TRAITEMENT DE L'ETRANGLEMENT INTERNE DU GRELE DERRIERE UNE ANSE DE GASTRO-ENTERO-ANASTOMOSE

Le traitement doit être immédiat, il est bon de pratiquer une incision médiane pour pouvoir explorer les lésions. Il faut alors réaliser le plus rapidement possible le désenclavement des anses grêles derrière l'anse anastomosée. Le sens de cet étranglement est presque toujours de droite à gauche du malade, c'est-à-dire que les anses parties du côtés du foie se dirigent à gauche pour passer derrière l'anse anastomotique.

Cette notion est essentielle car elle préside le sens du désenclavement qui devra se faire toujours par traction en sens inverse.

Certains auteurs s'arrêtent là, et traitent les lésions comme dans le cas d'une occlusion aiguë du grêle, et terminent l'intervention par une iléostomie complémentaire. D'autres, sont plus logiques et fixent leur anse afférente si elle est longue à la petite courbure de l'estomac, et ferment leur brèche en la fixant sur l'estomac, au dessus de l'anastomose.

Nous pensons qu'il faut toujours fermer la brèche, la fixer au dessus de l'anastomose, à l'estomac et terminer l'intervention par la mise en place d'une sonde de René Rettori (cette sonde est une double sonde gastrique présentant un ballonnet unique). On dirigera donc au cours de l'intervention, une des branches dans l'anse afférente et la 2ème branche dans l'anse éfférente.

Cette sonde sert non seulement au drainage de l'estomac et des deux anses afférente et éfférente, mais surtout la branche longue se trouvant dans l'anse éfférente sert à alimenter le malade qui est presque toujours dans

ce cas là dénutri et en mauvais état général, ce qui dispense totalement de l'iléostomie que certains chirurgiens pratiquaient auparavant.

Nous citons pour mémoire une technique qui a été préconisée par les chirurgiens étrangers (Hôpital de Bucarest 1953) qui consiste dans un premier temps à s'assurer que la disposition de la brèche mésocolique sera telle que la suture de ses marges à l'estomac se fasse sans traction et on fixe ensuite avec un fil, l'extrémité supérieure de la marge gauche de la brèche à la petite courbure de l'estomac ; avec un deuxième fil, on fixe l'extrémité supérieure de la marge droite de la brèche à la face antérieure de l'estomac à 1,5 cm de la petite courbure. On revient à la marge gauche de la brèche qui va être suturée sur toute sa longueur à la face postérieure de l'estomac le dernier fil étant mis sur la grande courbure de l'estomac.

Enfin, on fixe de la même manière que celle décrite précédemment l'extrémité inférieure de la marge droite de la brèche à la face antérieure de l'estomac à 1,5 cm de la grande courbure.

A la fin de l'intervention, quand l'anastomose gastro-jéjunale est passée par la brèche transmésocolique dans l'étage sous mésocolique, la marge droite de la brèche vient toute seule sur la face antérieure du moignon gastrique. Il suffit alors de 3 à 4 points de suture mis soigneusement sur cette marge, pour qu'elle soit complètement fixée à la face antérieure de l'estomac.

De cette manière, la suture de la brèche mésocolique aux parois gastriques est faite correctement.

Préventivement, par ce détail technique, on amorce en effet en quelque sorte, dès le début de l'intervention, la suture de la marge droite

.../...

de la brèche à la face antérieure de l'estomac.

En plus, toutes les méthodes opératoires qui tendent à diminuer l'intoxication au niveau de l'intestin grêle, doivent être employées.

Nous insistons en particulier sur la douceur des manœuvres lors de l'extraction de l'anse enclavée. Il faut en effet, se méfier de ne pas traumatiser cette anse distendue, pour ne pas créer de voies d'absorption multiples aux produits toxiques du grêle.

PRONOSTIC

Si la réduction simple a été possible 14 fois (dont 5 cas de hernie de l'anse afférente) 6 fois l'anse était gangrénée nécessitant une résection (ou une extériorisation chez un malade moribond). Dans deux cas les adhérences étaient telles que seule l'anastomose palliative sur place entre l'anse étranglée et aussi afférente a pu être pratiquée.

Le pronostic de ces occlusions est sévère. Dans les étranglements de l'anse afférente Norton, Aldrich, Hill indiquent une mortalité de 90 %. Pour l'anse afférente Dahlgren et Thoren retrouvent 6 décès sur 15 cas. La dévitalisation rapide de l'anse étranglée par striction du mésentère ou surdistension et ischémie jointe aux retards apportés à la mise en oeuvre du traitement chirurgical.

La difficulté du diagnostic rend compte de la mortalité élevée. Sur les 32 cas analysés, il y a 12 décès dont 2 avant toute réintervention, 2 après exploration négative, 9 concernant des étranglement de l'anse afférente.

Nos chiffres permettent de suggérer une gravité plus grande de ce type d'occlusion : anse afférente 17 cas, 9 décès (50 %) ;

anse éfférente 15 cas, 3 décès.

CONCLUSION

Toutes les fois qu'on crée une anastomose du grêle à l'estomac, on réalise la formation d'un hiatus situé entre l'anse afférente et les plans postérieurs, par où les anses grêles pourront s'enclaver. Cet orifice peu important dans les anastomoses postérieures à anse courte se trouve très large dans les anastomoses postérieures ou antérieures à anses longues et particulièrement dans les anastomoses précoliques. La nécessité de fermer cet orifice par une série de points utilisant un matériel non résorbable est attestée par l'observation de hernies étranglées rétro-anastomotiques le plus souvent au dépend de l'anse éfférente ou du grêle distal et leur symptomatologie est habituellement assez typique d'occlusion aiguë du grêle de début brutal ; au contraire, celles qui se fond au dépend de l'anse afférente sont plus volontiers insidieuses de symptomatologie batarde ou d'emprunt, mais, l'absence de bile dans les vomissements est un signe de grande valeur diagnostic.

Ces étranglements, qui peuvent se voir aussi bien après gastro-entérostomie qu'après gastrectomie, sont peu fréquents mais il s'agit d'accidents graves puisqu'ils réalisent une occlusion haute du grêle.

En pratique ; le problème diagnostic le plus difficile est celui qui se pose dans les premiers jours post-opératoires avant qu'il y ait eu reprise du transit et de l'alimentation. En effet, alors qu'il peut souvent s'agir d'une dilatation aiguë de l'estomac, d'un oedème de la bouche ou d'un iléus paralytique. On a décrit des signes caractéristiques. mais dans la majorité des cas, le diagnostic exact reste pré-opératoire.

Les autres mécanismes des accidents occlusifs après anastomoses gastro-jéjunal sont plus classiques. Il peut s'agir d'étranglements rétro-

anastomotique, d'étranglement dans la brèche du mésocolon, d'étranglement dans le cornet méésentérique, de l'anastomose de Braun et enfin d'une invagination.

Le traitement curatif de ces occlusions est chirurgical :

- levée de l'occlusion
- Geste pour empêcher la récurrence
- Geste particulier fonction de la vitalité de l'anse.

Quant au traitement préventif, c'est essentiel puisque la fermeture soignée de toutes les brèches permet d'éviter ce genre de complication dont le pronostic reste très sévère.

Hernies internes après gastrectomie et gastro-
entérostomie

- AIMES A. et GROS G. - Hernie transmésocolique du grêle après gastrectomie.-
Montpellier méd., juil.-août 1943, n° 4, 23-24, 332-333.
- ADDISON N.V. - Hernie à travers le mésocôlon transverse consécutive à une
gastrectomie partielle. - Brit. J. Surg., janv. 1960, 47 n° 204,
381-387 (Bibliogr.).
- ARMITAGE G. - Intestinal obstruction complicating posterior gastrojejunostomy. -
Brit. J. Surg., 1930, 18, 154-161.
- BASTABLE J.R.G. et HUDDY P.E. - Hernie rétro-anastomotique, après anastomose
gastro-jéjunale. - Brit. J. Surg., sept. 1960, 48, n° 208, 183-189
(Bibliogr.).
- BORSATO E. - La hernie interdijéjuno-gastrique. - Minerva Chir., 15 fév. 1949,
4, n° 4, 99-102, 3 fig.
- BREHANT. - Une complication exceptionnelle de la gastrectomie : l'occlusion
du grêle dans la fente rétro-anastomotique. - Mém. Acad. Chir., 1947,
73, n° 22-23-24, 504-507 (Bibliogr.).
- BUDDEE. - Demonstration eines Falles von Achsendrehung des Dünndarms und des
zugehörigen Mesenteriums. - Deutsche med. Wschr., 1897, 23, 146.
- CANNON J.A. et WEEKS W.H. - Complications de l'anneau herniaire interne laissé
habituellement ouvert dans la gastroentérostomie : relation de
deux cas et méthode de prévention. - Ann. Surg., nov. 1953, 138,
n° 5, 772-778 (Bibliogr.). (en anglais).
- DAHLGREN S. et THOREN L. - La hernie interne après résection gastrique. - Acta
chir. scand., fév. 1961, 120, n° 6, 402-409 (Bibliogr.).
- DEL VECCHIO S. - Un cas d'étranglement rétro-anastomotique chez un sujet ayant
subi une résection gastrique. - Riforma med., 21 janv. 1961, 75,
n° 3, 66-70, 6 fig. (Bibliogr.).
- DENIS. - Etranglement du grêle après gastrectomie derrière une anse de gastro-
entéro-anastomose rétrocolique. - Lyon Chir., mai-juin 1939, 36, n° 3,
66-70, 6 fig. (Bibliogr.).

- DUBOST C. et MOREAUX J. - Hernie étranglée de la totalité de l'intestin grêle par la fente rétro-anastomique dans les suite immédiates d'une gastrectomie. - Mém. Acad. Chir., 13-20 juin 1956, 82, n° 20-21, 596-599.
- FROMME A. - Ueber eine seltene Form von Ileus nach Gastroenterostomie. - Zentralbl. Chir., 1920, 47, 1505-1512.
- GAILLARD A. - Etranglement du grêle derrière une anse d'anastomose gastrique. - Thèse Paris, 1939, n° 243, 63 pages.
- HEISE W. - Ileus durch Braunsche Enteroanastomose. - Chirurg, 1934, 6, 812-815.
- HERBERT J.J. - Etranglement intestinal derrière une ancienne gastro-antérostomie avec perforation mécanique. - Lyon chir., janv. fév. 1944, 39, n°1, 83-84.
- HIMMELMANN W. - Ueber innere Einklemmung nach Magenoperationen. - Chirurg, 1933 5, 906-913.
- HINSHAW D.B., CARTER R., BAKER H.W. et WISE R.A. - Post-gastrectomy afferent loop obstruction simulatting acute pancréatitits. - Ann. Surg., 1960, 151, 600-604.
- HOFMANN A.H. - Die Gefahren der Brauschen Anastomose. - Zentralbl. Chir., 1925 52, 116-119.
- HUBLIN H. - Ileus after stomach operations. - Acta chir. scand. 1951, 101, 228-242.
- ALIMA T. - Gastroenterostomia - ja ventrikelsektio-jälkeistä Komplikaatioista. - Duodecim, 1926, 42, 459-481.
- KEENE R. - A case of acute obstruction at the side of a gastrojéjunostomy. - Brit. J. Surg., 1925, 12, 791-793.
- KOWTUNOWICZ G. - Die Gefahren der Brauschen Anastomose. - Zentralbl. Chir., 1926, 53, 993-994.
- LARSEN R.R. SALIBA N.F. et SAWYER K.C. - Hernie interne post-gastrectomie. - Arch. Surg., oct. 1964, 89, n° 4, 725-730.
- LEBEDEV N. - Zur Frage über innere Einklemmungen nach Gastroenterostomie (in Russian). - Nov. chir. Arch., 1928, 7, 402 ; cited by Zentralorg. ges. Chir. Grenzgeb., 1929, 47, 431.
- LECLERC F. - Incarcération rétro-anastomotique du grêle après gastro-entéro-anastomose. - Lyon Chir., mai. juin. 1939, 36, n° 3, 369.
- Mc ALLISTER F. - Hernie interne derrière l'anse jéjunale d'une gastro-entérotomie postérieure. - Ann. Surg., Déc. 1948; 128, n° 6, 1194-1198, 1 fig. (Bibliogr.).
- MALLET-GUY P., MAILLET P. et ROCHET Y - Incarcération chronique de l'anse anastomotique dans la brèche mésocolique après gastrectomie. - Lyon Chir., janv. 1958, 54, n° 1, 12-25, 9 fig.

- MARKOWITZ A.M. - L(hernie interne après gastro-jéjunostomie. - Surgery ; fév. 1961, 49, n° 2, 185-194, 7 tabl. (Bibliogr.).
- MASSE C. - Incarcération rétro-anastomotique du grêle et nécrose de la vésicule après gastrectomie. - Bordeaux Chir., av. 1955, n° 2, 88-91.
- MASSE C et FAUVETTE M. - L'incarcération du grêle dans le hiatus rétro-anastomotique après gastrectomie transmésocolique. - Bordeaux chir., av. 1956, n° 2, 74-81.
- MAYO C.W., STALKER L.K. et MILLER J.M. - Intra-abdominal hernia. - Review of 39 cases in which treatment was surgical. - Ann. Surg., 1941, 114, 885
- MEDJBEUB T. - Les occlusions du grêle dans la fente rétro-anastomotique après gastrectomie. - Thèse Alger, 12 juil. 1954, n° 57, 35 pages.
- LONRO A.R. - The complications of gastric and duodenal ulcer. - Postgrad. M. J., 1948, 24, 177-192.
- MORTON C.B., ALRICH E.M. et HILL L.D. - Hernie interne après gastrectomie. - Ann. Surg., juin 1955, 141, n° 6, 759-764, 5 fig. (Bibliogr.).
- OLDHAM J.B. - Small-bowel obstruction following antecolic partial gastrectomy. Brit. J. Surg., 1952, 40, 625-626.
- PALLUEL. - Etranglement du grêle après gastrectomie derriere une anse de gastro-entéro-anastomose pré-oolique. - Lyon chir., mai-juin 1939, 36, n°3, 360.
- PATRY R. - Iléus par pénétration de l'intestin grêle dans l'espace compris entre le mésocôlon transverse et le mésentère de l'anse jéjunale après gastro-entérostomie transmésocolique. - Schweiz. Med. Wschr., 24 mai 1947, 77, n° 20-21, 571-574, 5 fig. (Bibliogr.).
- PETERSEN W. - Ueber Darmverschlingung nach der Gastro-enterostomie. - Arch. Klin. Chir., 1900, 62, 94-114.
- POPESCO-URLUENI M. et DAN M. - Une nouvelle possibilité d'occlusion intestinale après gastrectomie : l'étranglement par la fente rétro-sus-mésocolique J. Chir., mars 1963, 85, n° 3, 339-346, 7 fig. (Bibliogr.).
- ROCHET P. - Etranglement du grêle derrière une anse de gastro-entéro-anastomose. - Lyon chir., mai-juin 1939, 36, n° 3, 366.
- ROUX G., NEGRE E. et MARCHAL G. - Les étranglements dans le hiatus rétro-anastomotique après gastrectomie. - J. Chir., juin-juil. 1954, 70, n° 6-7, 472-480, 5 fig. (Bibliogr.).
- ROUX G., PEDOUSSANT R. et MARCHAL G. - Les signes radiologiques de l'incarcération rétro-anastomotique du grêle après gastrectomie. - Montpellier Chir., 1955, n° 9, 251-258, 3 fig. (Bibliogr.).

- SALGADO R. - Hernie interne après gastrectomie. Strangulation d'une anse jéjunale afférente. - Prensa méd. argent., 29 déc. 1961, 48, n° 52, 3287-3289 5 fig. (Bibliogr.).
- SIMON L. - Hernie duodénale étranglée compliquant une gastrectomie partielle. - Lancet, 10 nov. 1956, 271, n° 6950, 972-974 (Bibliogr.).
- STAMMERS F.A.R. - Small bowel obstruction following antecolic partial gastrectomy. - Brit. J. Surg., 1952, 40, 60.
- STAMMERS F.A.R. - Remarks on fifteen cases of small-bowel obstruction following antecolic partial gastrectomy, and one case following retrocolic partial gastrectomy. - Brit. J. Surg., 1954., 42, 34-38.
- TOSKINE K.D. - A propos de l'étranglement de l'intestin grêle derrière l'anse afférente de l'anastomose dans les opérations de l'estomac. - Khirurgiia (russe), 1955, n° 1, 64-66.
- VIANNEY C. - Etranglement interne par passage d'anses grêles entre l'anse afférente et la colonne après gastro-entérostomie postérieure. - Mém. Acad. Chir., 30 nov. 1938, 64, n° 30, 1280-1281.
- WARREN R.P. - Acute obstruction of afferent or efferent loop following antecolic partial gastrectomy with report of three cases. - Ann. Surg., 195 139, 202-205.
- WEST J.P. - Obstruction of proximal jejunum following gastric resection and antecolic anastomosis. - Surgery, 1953, 34, 98-100.
-

BIBLIOGRAPHIE

- CADENAT : Membre de Acad. 73/1947/525
- DUBOST CL & MOR AUX J. : Hernie étranglée de la totalité de l'intestin grêle par la fente retro-anastomotique. Membre Acad.
Chirur. 1956/ n° 20 et 21 page 596
- DALGREN S, & THOREN L. : Internal Hernie after gastric-resection
Acta Chirur. Scand. 120/Pc e 6/402-409/1961
- CUEULLETTE : Chirurgie de l'estomac.
- HINSHAW D.B. CARTER., BAKER H.W., WISE R.A.,
Post gastrectomy afférent loop. obstruction
simulating acute pancréatitidis. Ann. Surg. 151/600-604/1960
- HUBLIN H., : Iléus after stomach opérations
Acta. Chirur. Saand. 101/228-242/1951
- KOWTUNOWICZ G. : Die Gefahren der Braunsehan Anastomose
Zentralbl. Chir. 53/983-994/1926
- LEGER & LOYGUE : jour, Chirur. 65/1949/5/116
- MOIROUD, SALMON et BOUILLON : sur une forme exceptionnelle d'étranglement interne après gastro-entérotomie
Membre Acad. Chirur. 64/1158/1938
- MAYO C.W., STALKER L.K., MILLER S.M. : Intraabdominal hernia - Review of
39 cases in which treatment was surgical.
Ann. surg. 114/885/1941
- Mc. ALLISTER F.F. : Internal hernia behind the jéjunal loop or a
posterior gastro-enterostomy Ann. Surg. 129/1198/1948
- MORTON C.B., ALDRICH E.N., HILL I.D. : Internal hernia aiter gastrectomy
Ann. Surg. 141/759-764/1955
- ROUX G., NEGRE E., MARCHAL G., : les étranglements dans le hiatus retro-anastomotique après gastrectomie.
Jour. Chir. T. 70/N° 6-7/p. 472/1954
- PERRY Ir.T. : Postgastrectomy proximal jéjunal loop obstruction simulating
acute pancréatitidis. Ann. Surg. 140/119-121/1954

.../...

PETERSEN W. : Ueber Darmverschlingung nach der gastro-entérostomie

Arch. Klin. Chir. 62/94-114/1900

STAMMERS F.A.R. : Remarks on fifteen cases of small bowel obstruction

following retrocolic partial gastrectomy

Brit. Jour. Surg. 42/34-38/1954

OMEZ, CORBEAU et COORNAERT : Lille Chir. 27/1950/148

WARREN, R.P. : Acute obstruction of afferent or efferent loop following

antecolic partial gastrectomy with report of three cases

WEST J.P. : Obstruction of proximal jejunum following gastric-

resection and antecolic anastomoses Surgery : 34/98-100/1953
